

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE  
FARMACI**

Al Dirigente Scolastico

Dott. DE COL Umberto

Istituto Comprensivo Statale di Mel "Marco Da Melo"

Via S. Andrea, 4–32026 Mel(BL)

Il/ sottoscritto/i.....  
.....genitore/i – tutore/i dell'alunno/a  
.....nata/o a  
.....il .....residente  
a .....in via .....  
frequentante la classe..... della  
scuola.....nell'anno scolastico ...../.....

Essendo il minore affetto da.....  
.....

e constatata l'assoluta necessità, chiede/ono la somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione medica allegata.

Si precisa che il farmaco può essere somministrato anche da personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento liberandolo dalla responsabilità civile e penale qualora dall'intervento derivino danni al figlio

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

- . Pediatra di libera scelta/Medico curante .....
- . Genitori o di chi esercita la patria potestà
- . Telefono fisso ..... Telefono cellulare .....

Ulteriori numeri di telefono di .....

Allega

- . Prescrizione/certificazione redatta dal/ladr./dr.ssa.....  
In data.....
- . Consegna farmaco specifico(indicare nome del farmaco).....